

健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書 兼 保険料還付請求書



下記の①から③の資格喪失事由により、任意継続被保険者の資格を喪失するための申出書です。  
(①から③以外の理由では、この申出書を提出することはできません。)

被保険者の番号

被保険者情報	記号	320	番号	1000
	氏名	(フリガナ) ケンポ イチロウ 健保 一郎		生年月日 昭和 〇 年 5 月 25 日 平成
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京 (都) 世田谷区〇〇町〇-〇-〇 電話番号 (日中の連絡先) 〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇		

▷ 該当する資格喪失事由に✓を付け、該当項目をご記入ください。

喪失事由が「再就職」のときは、こちらにチェックしてください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 再就職し新たに健康保険の被保険者資格を取得したため				
	新しい被保険者等 記号・番号	記号	123	番号	4567
	再就職先事業所の名称	(株) T F K			
再就職先での資格取得年月日	令和 〇 年 6 月 1 日 ※再就職先の被保険者記号・番号、資格取得日がわかるもののコピーを添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。) ※添付書類は裏面をご確認ください。				

喪失事由が「死亡」のときは、こちらにチェックしてください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ② 被保険者が死亡したため				
	死亡した日	令和 〇 年 6 月 1 日 ※死亡診断書等死亡年月日が記載された書類のコピーを添付してください。 (保険料還付額計算などで喪失日を確認するために必ず必要です。)			
	届出人 (法定相続人)	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都世田谷区〇〇町〇-〇-〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	氏名	健保 花子	続柄	妻	
	※ 法定相続人が、被扶養者である配偶者以外の場合は、別途確認書類が必要になることがありますのでご連絡ください。(03-3343-2803)				

喪失事由が「喪失を希望」のときは、こちらにチェックしてください。

資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> ③ 任意継続被保険者でなくなることを希望するため
--------	--

必ず記入してください。  
(公金受取口座を利用する場合、口座等の記入は不要です。)

※ 還付金入金口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄に口座等を記入してください。)				
	金融機関名	〇〇銀行	支店名	北沢支店	店番号	0 1 2
	口座種類	① 普通 ② 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義	※ カタカナでご記入ください ケンポ イチロウ				
※ 口座名義等は被保険者のものを記入してください。 ※ 死亡による資格喪失の場合は、法定相続人の口座等を記入してください。(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座はご利用いただけません。)						

喪失事由が上記①③の場合、公金受取口座を利用できます。

通帳等にてご確認のうえご記入ください。

返納資格確認書 (保険証)	本人分	1 枚	被扶養者分	1 枚
---------------	-----	-----	-------	-----

扶養者人数を必ず記入し、人数分の被保険者証を添付してください。

健保記入欄  
別添のとおり納付済保険料を還付し、徴収決定済額取消を行ないたい。

資格喪失日	課長	係長	担当者
年 月 日			



東京不動産健康保険組合

EX2412

※保険料の還付について

保険料還付の有無については、本申出書提出後に当健保組合より「保険料還付に係る通知書」でお知らせし、還付がある場合は通知から10日以内に、ご記入いただいた還付金入金口座へ振り込みます。